·中国全科医疗/社区卫生服务工作研究·

基于三维分析框架的我国家庭医生签约服务政策量化研究

孙嘉颖[1,2,3]，罗金萍[1,2,3]，张倩雯[1,2,3]，王康[4]，尹文强[1,2,3]，陈钟鸣[1,2,3]，马东平[1,2,3*]

1.261053 山东省潍坊市，山东第二医科大学管理学院
2.261053 山东省潍坊市，“健康山东”重大社会风险预测与治理协同创新中心
3.200032 上海市，健康相关重大社会风险预警协同创新中心
4.261000 山东省潍坊市，潍坊市人民医院财务部
*通信作者：马东平，副教授/硕士生导师；E-mail：anqiuma123@163.com

【摘要】 **背景** 我国家庭医生签约服务工作全面推进不足7年，仍面临着一系列发展问题，保障机制不健全是阻碍家庭医生签约服务发展的关键问题，亟须科学且合理的家庭医生签约服务政策来保障工作的有效开展。**目的** 对我国家庭医生签约服务政策的文本内容进行量化分析，探究现有政策的侧重点及不足，为后续家庭医生签约服务政策的发展和优化提供依据与参考。**方法** 于2023-01-10，检索中国政府、国家卫生健康委员会等官方网站，获取与家庭医生签约服务相关的政策文件15份，检索时限为2015-01-01至2022-12-31。构建政策工具-利益相关者-政策力度三维分析框架，对政策文件进行分类、编码及分析。**结果** 政策工具维度中供给型、需求型、环境型工具分别占30.5%（69/226）、19.0%（43/226）、50.5%（114/226），利益相关者维度中家庭医生、签约者、未签约者、基层医疗卫生机构、医院（二级及以上）、政府分别占29.2%（123/422）、14.7%（62/422）、9.2%（39/422）、21.3%（90/422）、13.3%（56/422）、12.3%（52/422），我国家庭医生签约服务政策的平均力度值为2.2分。政策工具-利益相关者交叉维度中，利益相关者在供给型、环境型工具中的分布情况欠佳，子工具存在缺位现象；政策工具-政策力度交叉维度中，环境型工具随着政策力度的加大受到更多使用；利益相关者-政策力度交叉维度中，各利益相关者的政策力度匹配分数具有较大差异，家庭医生主体分数最高（311分），未签约者主体分数最低（90分）。**结论** 政策工具角度，应合理配置政策工具，不断调整使用比重，优化内部结构，并提升利益相关者间政策工具分布的合理性；利益相关者角度，应统筹兼顾所有利益相关者，明确各自定位，着重关注未签约者需求；政策力度角度，应强化政策监督管理能力，持续提高家庭医生签约服务政策的执行力度。

【关键词】 家庭医生签约服务；政策工具；利益相关者；政策力度；政策分析
【中图分类号】 R 197 **【文献标识码】** A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0741

Quantitative Analysis of China's Contracted Family Doctor Service Policies Based on a Three-Dimensional Analysis Framework

SUN Jiaying[1,2,3]，*LUO Jinping*[1,2,3]，*ZHANG Qianwen*[1,2,3]，*WANG Kang*[4]，*YIN Wenqiang*[1,2,3]，*CHEN Zhongming*[1,2,3]，*MA Dongping*[1,2,3*]
1.School of Management，Shandong Second Medical University，Weifang 261053，China
2."Health Shandong" Severe Social Risk Prevention and Management Synergy Innovation Center，Weifang 261053，China
3.Collaborative Innovation Center of Social Risks Governance in Health，Shanghai 200032，China
4.Finance Department of Weifang People's Hospital，Weifang 261000，China
**Corresponding author：MA Dongping，Associate professor/Master's supervisor；E-mail：anqiuma123@163.com*

基金项目：国家自然科学基金青年基金资助项目（72004164）
引用本文：孙嘉颖，罗金萍，张倩雯，等.基于三维分析框架的我国家庭医生签约服务政策量化研究[J].中国全科医学，2024. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0741.[Epub ahead of print] [www.chinagp.net]
SUN J Y，LUO J P，ZHANG Q W，et al. Quantitative analysis of China's contracted family doctor service policies based on a three-dimensional analysis framework[J]. Chinese General Practice，2024.[Epub ahead of print]

【Abstract】 **Background** After being completely promoted for less than seven years, China's contracted family doctor service work still faces a number of development problems. The primary obstacle impeding the work of contracted family doctor service is an inadequate guarantee mechanism. There is an urgent need for scientific and reasonable policies on contracted family doctor service to guarantee the effective development of the work. **Objective** To quantitatively analyze the textual content of China's contracted family doctor service policies, to explore the focus and shortcomings of the existing policies, and to provide the basis and reference for the development and optimization of the subsequent contracted family doctor service policies. **Methods** Policy texts were collected by visiting the official websites of the China government and the National Health Commission of the People's Republic of China on 2023-01-10, and 15 policy texts on contracted family doctor service from 2015-01-01 to 2022-12-31 were selected to construct a three-dimensional analytical framework of policy tools-stakeholders-policy strength, to categorize, code, and analyze the policy documents. **Results** Supply-based, demand-based, and environment-based tools accounted for 30.5% (69/226), 19.0% (43/226), and 50.5% (114/226) of the policy tool dimension. Family doctors, contractors, non-contractors, primary medical and health care institutions, hospitals (secondary and above), and the government accounted for 29.2% (123/422), 14.7% (62/422), 9.2% (39/422), 21.3% (90/422), 13.3% (56/422), and 12.3% (52/422) of the stakeholder dimension. The average strength of China's contracted family doctor service policies was 2.2 points. In the cross-dimension of policy tools-stakeholders, the distribution of stakeholders in supply-based and environment-based tools was relatively poor. There were some sub-tools that were absent from the policy tools. In the cross-dimension of policy tools-policy strength, environment-oriented policy instruments were used more often as policy strength increased. In the cross-dimension of stakeholders-policy strength, there were large differences of the policy strength matching scores among various stakeholders. Family doctors had the highest score (311 points) with non-contractors the lowest score (90 points). **Conclusion** From the perspective of policy tools, policy tools should be allocated rationally, with the weight of use continuously adjusted, the internal structure optimized, and the rationality of the distribution of policy tools among stakeholders improved. From the stakeholder's perspective, all stakeholders should be taken into account, their respective positions need to be clarified, and the demand of the non-contractors should be emphasized. From the perspective of policy strength, the policy supervision and management capacity ought to be strengthened to continuously improve the implementation of the policy of contracted family doctor service.

【Key words】 Contracted family doctor services; Policy tools; Stakeholders; Policy strength; Policy analysis

2016 年 5 月，《关于推进家庭医生签约服务的指导意见》（国医改办发〔2016〕1 号）正式出台，这意味着我国开始正式推进落实家庭医生签约服务[1]。作为推动分级诊疗发展、深化医疗体制改革的重要举措之一，我国家庭医生签约服务在“十四五”期间持续展开，预期到 2035 年，签约服务覆盖率将提高至 75% 以上[2]。但因我国家庭医生签约服务工作全面推进不足 7 年，“签而不约”、服务质量不足、保障机制不健全等问题给家庭医生签约服务的发展带来巨大压力[3]，如何有效分析和利用政策去科学、合理地开展家庭医生签约服务，是后续发展的重要前提。当前我国家庭医生签约服务政策研究多采用量化分析方式，如张丽艳等[4]从政策工具维度结合医养结合视角进行量化分析，徐萍萍等[5]使用政策一致性评价（PMC）指数进行量化分析，张招椿等[6]利用政策工具 – 实施发展过程二维框架进行量化分析，吴庆等[7]使用政策工具 – 利益相关者二维框架进行量化分析。可见，政策工具研究方法已被广泛应用到政策研究领域，上述研究多集中于该维度，但缺少政策力度和量化指标多维度构建等相关视角的评价研究。因此，为了进一步衍生家庭医生签约服务政策量化分析的研究思路，梳理政策工具使用分布、利益相关者主体作用及效力指标等内容，本研究构建“政策工具（X）– 利益相关者（Y）– 政策力度（Z）”政策分析三维框架进行量化研究，深入解析政策运行现状，系统性评价政策文本的构成和特点，以期为政策的完善和优化提供建议与参考。

1 资料与方法

1.1 资料来源

于 2023-01-10，以“家庭医生 / 家庭医生签约服务”为关键词，检索中国政府网、国家卫生健康委员会等政府官方网站，以获取相关政策文件，检索时限为 2015—2022 年，同时检索北大法宝数据库的相关资料作为补充。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准：（1）政策文件的标题与内容均直接呈现家庭医生签约服务主题；（2）可以获取全文；（3）国家层面的政策文件，即发文单位为中共中央办公厅、国务院及各部委单独或联合颁布的相关政策；（4）政策类型选取意见、通知、工作方案等直观反映政策内容

的文件。排除标准：（1）政策解读类、公报等文件；（2）与家庭医生签约服务内容相关性不强的文件；（3）仅出现关键词但无实质性内容的文件；（4）重复文件仅保留1次。

1.3 政策选取与整理

政策检索与整理由两名有经验的研究员独立、同步完成，两名研究员分别阅读检索结果并按照纳入与排除标准确定是否纳入，对于存在异议的政策由两人讨论后确定。经过人工去重，最终纳入15份政策文件，基本信息见表1。将政策文件按发布时间进行梳理，收集政策的名称、类型、内容、发文机构等信息。

1.4 政策文本编码

采用“政策编号－章号－节号”方式对政策文本进行编码[8]，编码工作由两名研究员独立、同步完成，对于存在异议的编码内容由两人讨论后确定。最终结果采用Excel 2010软件进行统计分析。

2 政策量化分析框架建构

政策工具呈现多元化趋势，利益相关者日渐丰富，政策力度因不同的政策而各有不同，政策工具、利益相关者与政策力度之间的相互协调是政策实施与协同的重要前提。本研究在石敏等[9]的研究基础上，加入利益相关者维度，构建三维分析框架，见图1。

2.1 X维度（政策工具）

本研究借助国内政策量化研究中普遍使用的Rothwell和Zegveld政策工具分类方法[10]，通过供给型、

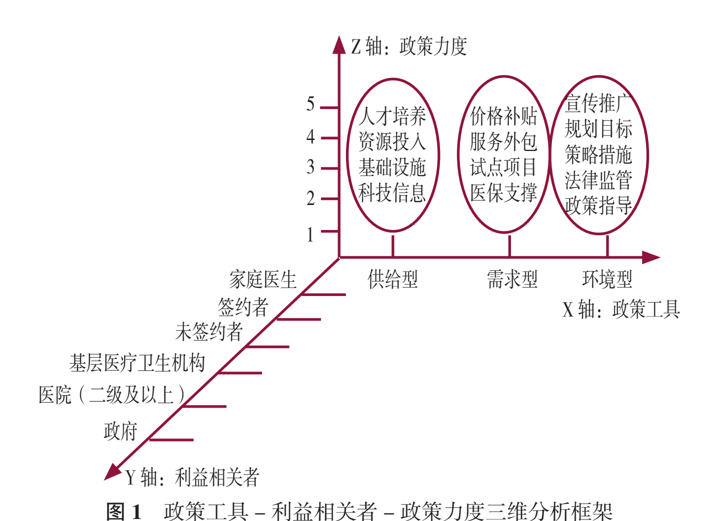


图1 政策工具－利益相关者－政策力度三维分析框架

Figure 1 Three-dimensional model of policy tools-stakeholders-policy strength

需求型和环境型3种政策工具进行分析，张丽艳等[4]、刘国佳等[11]在政策量化分析研究过程中均采用该种分类方法。其中供给型工具主要起推动与激励作用，包含人才培养、资源投入、基础设施、科技信息4个子工具。需求型工具主要起拉动与支撑作用，包含价格补贴、服务外包、试点项目、医保支撑4个子工具。政策促进环境型工具发展，环境型工具反作用于政策发展，为政策发展提供良好环境，包含宣传推广、规划目标、策略措施、法律监管、政策指导5个子工具。共计3类政策工具与13种子工具，见图2。

2.2 Y维度（利益相关者）

表1 家庭医生签约服务相关政策文件的基本信息

Table 1 Basic information of contracted family doctor service policy documents

编号	政策名称	文件类型	发文机构
1	关于进一步规范社区卫生服务管理和提升服务质量的指导意见	意见	原国家卫生计生委、国家中医药管理局
2	关于深化医药卫生体制改革2016年重点工作任务的通知	通知	国务院办公厅
3	关于印发推进家庭医生签约服务指导意见的通知	通知	国务院医改办、原国家卫生计生委、国家发展改革委、民政部、财政部、人力资源社会保障部、国家中医药管理局
4	进一步推广深化医药卫生体制改革经验的若干意见	意见	国务院办公厅
5	关于做实做好2017年家庭医生签约服务工作的通知	通知	原国家卫生计生委、国务院医改办
6	关于深化医药卫生体制改革2017年重点工作任务的通知	通知	国务院办公厅
7	关于做好贫困人口慢病家庭医生签约服务工作的通知	通知	原国家卫生计生委、国务院扶贫办综合司
8	关于做好残疾人家庭医生签约服务工作的通知	通知	原国家卫生计生委、中国残疾人联合会
9	关于完善基层医疗卫生机构绩效工资政策保障家庭医生签约服务工作的通知	通知	国家人力资源和社会保障部
10	关于做好2018年家庭医生签约服务工作的通知	通知	国家卫生健康委员会
11	建档立卡贫困人口慢病家庭医生签约服务工作方案	工作方案	国家卫生健康委员会
12	关于规范家庭医生签约服务管理的指导意见	意见	国家卫生健康委员会、国家中医药管理局
13	关于做好2019年家庭医生签约服务工作的通知	通知	国家卫生健康委员会
14	关于基层医疗卫生机构在新冠肺炎疫情防控中分类精准做好工作的通知	通知	国家卫生健康委员会
15	关于推进家庭医生签约服务高质量发展的指导意见	意见	国家卫生健康委、财政部、人力资源社会保障部、国家医保局、国家中医药管理局、国家疾控局

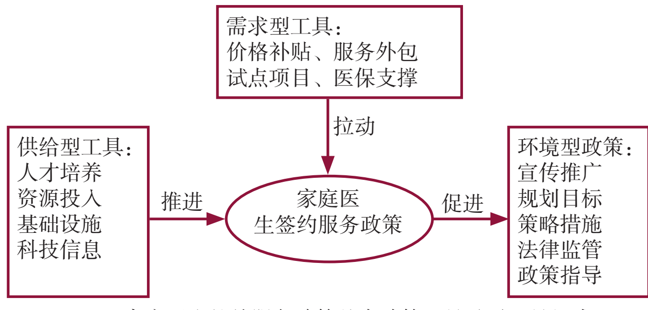


图 2 家庭医生签约服务政策基本政策工具及子工具组成
Figure 2 Composition of basic policy tools and sub-tools of contracted family doctor service policy

在政策制定和实施过程中，合理的政策结构应始终结合主要利益相关者进行探讨分析。家庭医生签约服务中的利益相关者主要涉及家庭医生、签约者、未签约者、基层医疗卫生机构、医院（二级及以上）和政府[12]。

2.3 Z 维度（政策力度）

政策力度是体现政策在执行过程中的效力指标，是为达成政策目标体现的能力。本研究参考彭纪生等[13]、王薇等[14]、周立芳等[15]的做法，按照发文机构的数量和级别进行赋分，并依据实际政策情况进行调整，见表 2。

表 2 政策力度划分标准
Table 2 Criteria for classifying policy strength

评价标准	得分（分）
中共中央办公厅和国务院办公厅联合发文	5
国务院发文	4
3 个及以上部委联合发文	3
2 个部委联合发文	2
各部委单独发文	1

3 结果

3.1 X、Y、Z 维度内部结构特征及分布情况

政策工具维度，将政策文本编码归类并进行统计分析后，3 个政策工具维度合计得到 226 个政策编码。其中，环境型工具的使用次数最多［50.5%（114/226）］，其次是供给型工具［30.5%（69/226）］，需求型工具使用次数最少［19.0%（43/226）］。供给型工具中，人才培养子工具使用次数最多［10.6%（24/226）］，基础设施子工具使用次数最少［5.3%（12/226）］；需求型工具中，价格补贴子工具使用次数最多［6.6%（15/226）］，服务外包子工具使用次数最少［1.8%（4/226）］；环境型工具中，策略措施子工具使用次数最多［14.6%（33/226）］，法律监管子工具使用次数最少［5.8%（13/226）］，见表 3。

利益相关者维度，共得到 422 个编码。涉及家庭医生主体的条目最多［29.2%（123/422）］，涉及未签约者主体的条目最少［9.2%（39/422）］。涉及签约者、基层医疗卫生机构、医院（二级及以上）、政府的条目分别占 14.7%（62/422）、21.3%（90/422）、13.3%（56/422）、12.3%（52/422），见表 4。

政策力度维度，我国现行家庭医生签约服务政策以通知类居多［66.7%（10/15）］；政策制定单位以联合发布为主［46.7%（7/15）］，国家卫生健康委员会 / 原国家卫生计生委发文最多［73.3%（11/15）］，其次是国家中医药管理局［26.7%（4/15）］。结果显示，仅有 3 份文件分数为 4 分，均为国务院发文，我国家庭医生签约服务政策的效力平均力度值为 2.2 分。因我国中共中央办公厅和国务院办公厅联合发布的政策存在缺位现象，所以无政策力度为 5 分的政策文件，见表 5。

表 3 家庭医生签约服务 X 维度政策工具分布
Table 3 Distribution of policy tools of contracted family doctor service in X dimension

政策工具类型	子工具	工具定义及含义	条数（条）	占比（%）
供给型工具	人才培养	通过培训、教育与激励，培育大量优质家庭医生人才	24	10.6
	资源投入	投入、优化、配备与签约服务相适应的资源	15	6.6
	基础设施	政府为促进家庭医生签约服务发展进行的基础设施建设，例如为家庭医生设置签约工作区	12	5.3
	科技信息服务	为家庭医生及其团队提供一系列技术支持的方式	18	8.0
需求型工具	价格补贴	财政补贴、设立津贴等，对家庭医生发展提供支持引导	15	6.6
	服务外包	与城市医疗集团等实现合作，共同提升服务质量	4	1.8
	试点项目	通过综合改革，进行试点城市的开发	10	4.4
	医保支撑	医保支付在费用控制中的相关作用	14	6.2
环境型工具	宣传推广	政府利用各类信息进行家庭医生签约服务的广泛宣传内容	17	7.5
	规划目标	政府对于家庭医生签约发展的目标及前景描述	24	10.6
	策略措施	政府为实现规划目标的方案集合	33	14.6
	法律监管	政府通过的一系列法律法规，用于规范家庭医生签约服务发展	13	5.8
	政策指导	政府采取各类激励政策发展家庭医生签约办法	27	12.0

表 4 家庭医生签约服务 Y 维度利益相关者分布
Table 4 Distribution of stakeholders of contracted family doctor service in Y dimension

利益相关者	定义及含义	条数（条）	占比（%）
家庭医生	对服务对象充分及时给予个性化服务的主体	123	29.2
签约者	签约家庭医生服务的对象	62	14.7
未签约者	未签约家庭医生服务或仍在观望的对象	39	9.2
基层医疗卫生机构	为服务辐射区域居民提供基本公共卫生服务和基本医疗服务的机构	90	21.3
医院（二级及以上）	二级及以上的公立医院	56	13.3
政府	各级医疗卫生行政部门	52	12.3

表 5 家庭医生签约服务 Z 维度政策力度分布
Table 5 Distribution of strength of contracted family doctor service in Z dimension

政策力度评价标准	政策文件数（份）	占比（%）
中共中央办公厅和国务院办公厅联合发文（5 分）	0	0.0
国务院发文（4 分）	3	20.0
3 个及以上部委联合发文（3 分）	2	13.3
2 个部委联合发文（2 分）	5	33.3
各部委单独发文（1 分）	5	33.3

注：政策力度评价以政策文件单独整体作为计数标准。

3.2 X、Y、Z 维度匹配性分析

3.2.1 X-Y 维度。不同政策工具和利益相关者的匹配度方面，3 类政策工具在 5 类利益相关者中均有分布，表现为：未签约者和政府主体主要匹配环境型工具，家庭医生、基层医疗卫生机构主体主要匹配供给型和环境型工具，签约者及医院（二级及以上）主体在 3 类政策工具中均有匹配。需求型工具分布较为均衡，而供给型、环境型工具分布欠佳。其中，政府主体在供给型工具中仅匹配 2 条，未签约者主体中人才培养、资源投入和服务外包子工具缺位，政府主体中人才培养、基础设施和试点项目子工具也存在缺位现象。总体而言，对家庭医生与基层医疗卫生机构的关注度高于签约者、医院（二级及以上）、政府和未签约者，见图 3、表 6。

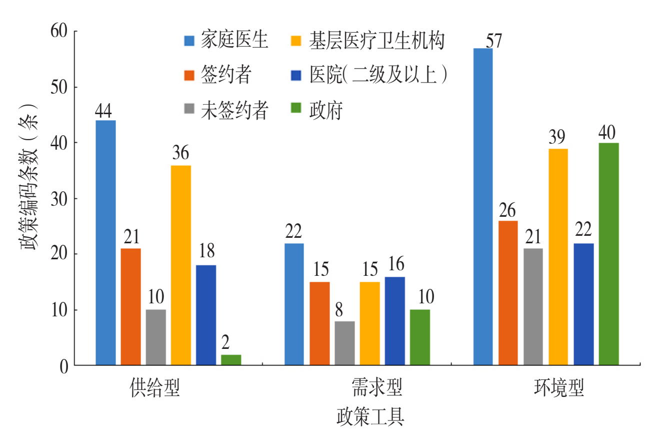


图 3 家庭医生签约服务政策工具（X）-利益相关者（Y）交叉维度分布情况
Figure 3 Distribution of cross-dimension of policy tools(X)-stakeholders (Y) for contracted family doctor service

表 6 家庭医生签约服务政策工具（X）-利益相关者（Y）子工具分布情况（条）
Table 6 Distribution of policy tools（X） - stakeholders（Y） sub-tools for contracted family doctor service

政策工具（X）	利益相关者（Y）					
	家庭医生	签约者	未签约者	基层医疗卫生机构	医院（二级及以上）	政府
供给型工具						
人才培养	23	4	0	9	1	0
资源投入	7	3	0	10	7	1
基础设施	5	6	5	8	2	0
科技信息服务	9	8	5	9	8	1
需求型工具						
价格补贴	5	5	4	6	1	8
服务外包	2	1	0	1	2	1
试点项目	5	2	1	2	7	0
医保支撑	10	7	3	6	6	1
环境型工具						
宣传推广	5	4	3	6	3	1
规划目标	16	7	7	5	4	2
策略措施	20	7	4	12	4	2
法律监管	8	3	3	3	1	8
政策指导	8	5	4	13	10	27
合计	123	62	39	90	56	52

3.2.2 X-Z 维度。不同政策工具与政策力度的匹配度方面，3 类政策工具主要分布于政策力度分数为 2~4 分的文件中，政策工具在不同政策力度文件中的分布差异较大。同时，我国家庭医生签约服务政策随着政策力度分数的增加，更加注重环境型政策工具的使用，见图 4。

3.2.3 Y-Z 维度。各利益相关者的力度匹配度方面，分数具有较大差异，家庭医生主体在政策力度维度中分数最高（311 分），未签约者主体在政策力度维度中分数最低（90 分）。各利益相关者在政策中的作用缺乏高效力法律的监管和保障，其中主要缺少中共中央办公厅和国务院联合发文来支撑利益相关者发挥作用，见表 7。

4 讨论与建议

4.1 合理配置政策工具，实现与利益相关者高效协同

总体而言，3 类政策工具存在结构性失调，需要不

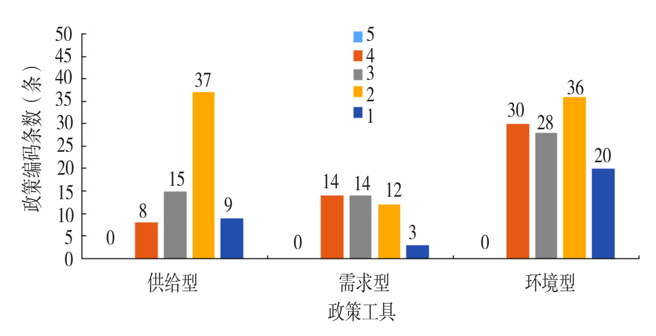


图 4 家庭医生签约服务政策工具（X）- 政策力度（Z）交叉维度分布情况

Figure 4 Distribution of cross-dimension of policy tools（X）-policy strength（Z） for contracted family doctor service

断调整 3 类工具的使用比重；政策工具内部的某些子工具存在一定程度的过溢和缺失，需要持续优化政策工具的内部结构；同时，为推进政策工具和利益相关者的有效结合，需要合理配置政策工具，改良利益相关者间政策工具的分布状况，提升协同能力。

4.1.1 不断调整政策工具使用比重。家庭医生签约服务政策中的环境型政策工具使用比例达到 50.5%，为家庭医生签约服务的实现提供了良好氛围，为政策发展提供了良好环境，调动了利益相关者的能动性。家庭医生签约服务仍处于发展的初期阶段，更趋向于使用成效快的工具迅速推进，其强制性、针对性的特点也逐渐显现，环境型政策工具的过度使用，易形成过分依赖该政策工具的现象[4]。供给型工具使用比例为 30.5%，可以在一定程度上对家庭医生签约服务起到推动作用，但需求型工具占比仅为 19.0%，相对于其他两种政策工具而言使用频次较低，形成严重结构失衡现象，反映出需求端不足以拉动家庭医生签约服务发展的现况。过度的权力集中和干预会持续影响群众意志，从而作用于服务发展。进一步优化供给型工具，调整超出限度以及作用相对较低的环境型工具，拉高需求型工具比例是调整当前政策使用结构的有效方式，可实现政策的可持续发展。在政策选择过程中，为提升工具组合效能，要防止仅使用单一政策工具的状况发生；政策在不同时期的重点是不同的，需保持与时俱进，政策工具需要根据时间与对象针对性地使用；由于当前我国家庭医生签约服务的对象多为中老年人，政府应始终关注主体之间的差异性，避免忽略其他服务主体。

表 7 家庭医生签约服务利益相关者（Y）- 政策力度（Z）交叉维度分布情况（条）

Table 7 Distribution of cross-dimension of stakeholders（Y）-policy strength（Z） for contracted family doctor service

政策力度（Z）	利益相关者（Y）					
	家庭医生	签约者	未签约者	基层医疗卫生机构	医院（二级及以上）	政府
5 分	0	0	0	0	0	0
4 分	22	5	5	16	20	14
3 分	41	20	8	23	13	11
2 分	40	29	20	42	14	20
1 分	20	8	6	9	9	7
力度得分（分）	311	146	90	226	156	136

4.1.2 优化政策工具的内部结构。在供给型政策工具中，人才培养子工具使用最多，其通过一系列的激励、教育和培训措施培养全科医生，提升家庭医生签约服务品质。未来要持续优化家庭医生收入分配机制和激励政策，拓宽晋升渠道与空间。其次在聘用、推优、培训等方面要向一线医务工作者倾斜，医疗卫生机构也可对家庭医生的工资水平进行一定程度的调控，设立津贴并每月进行基层医疗卫生机构的收支结余清算，必要时可按照规定提取奖励资金，提高家庭医生的收入水平；科技信息服务子工具使用相对较多，符合当前"互联网 +"签约的新模式，网上签约方式也在不断完善和推进。建议从以下 4 个方面提高科技信息服务水平：（1）医联（共）体应发挥协同功能，在信息化技术发展过程中持续整合医疗资源，促进优质资源向基层医疗卫生机构流动。（2）在全国范围内设置统一系统，实时查询患者信息，让患者"只跑一次"。可借鉴福建省福州市"榕医通"小程序中的"积分制"签约服务和医护上门服务"抢单"模式，明确居民健康状况和需求，节约沟通成本，最大限度发挥信息化作用。（3）利用信息化平台同步采集家庭医生的绩效信息，可在一定程度上提升绩效考核的工作效率。（4）借助移动互联网，建立多学科人工智能辅诊、教育、管理、互动为一体的全生命周期健康平台，打通数据壁垒。资源投入和基础设施子工具的使用频率不高，反映出当前家庭医生签约服务存在卫生资源紧缺、基础设施不完备的现象，例如当前多地仍然无法为家庭医生提供工作区等服务场所。由此需要持续优化基础建设，为家庭医生配置统一出行工具、装备和服装，并赋予其专家号源、预约检查等部分资源的支配权，推进资源高效利用，持续为签约服务给予保障[16]。

在需求型政策工具中，价格补贴和医保支撑子工具使用占比较大，应充分发挥这两类子工具的作用，利用财政补贴、设立津贴等方式提供支持，政府也可出台一系列医保倾斜政策，提高医保报销比例，持续加强医保支撑作用。可适当创新"商保 + 家医"加持"全 + 专"扩容服务模式，发挥社会基金的补充作用。而服务外包和试点项目子工具占比较低，可尝试将部分家庭医生签约服务外包给有资质、有经验的社会机构，发挥部分服务外包子工具的作用。同时，公立医院改革试点开展家庭医生签约服务已在全国大力推广，需不断总结、推广相关城市的成功经验，例如浙江省杭州市与腾讯公司等互联网科技公司进行合作，在信息化建设和人工智能等

方面成果明显，实现了全闭环签约服务、教学、智能分诊、智能随访的服务模式，一定程度上扩大了家庭医生签约服务范围，有助于深入推进分级诊疗，提升医患友好度。

在环境型政策工具中，策略措施、政策指导和规划目标子工具合计使用比例超过 35.0%，其中策略措施子工具占比最高，可能是因为当前家庭医生签约服务涉及主体较多，主体的差异大且范围广，通过针对性较强的策略措施子工具可以迅速解决某一问题。政策指导和规划目标子工具占比相对较高，可能是因为我国家庭医生签约服务开展仍处于初期，需要政府采用各类政策激励其发展，从而快速取得成效，并提出未来 5~10 年合理的前景及目标作为发展规划。这 3 类政策子工具在未来的发展过程中，可以适量减少其使用比例。法律监管子工具仅占 5.8%，说明相关的法律法规及配套管理制度未得到完善，使得家庭医生签约服务开展过程中签约者和家庭医生之间的权责问题、签约内容等缺乏法律的保障，应逐渐增加法律监管子工具的比例，建立并完善相关法律法规。

4.1.3 改良利益相关者间政策工具的分布状况，提升协同能力。医院（二级及以上）主体匹配的人才培养子工具仅有 1 条，表明医院难以保证培养的全科医生的能力和素质水平，会导致居民对其产生一定信任危机。未来可从以下 3 个方面提高居民信任度：（1）设立定期考核。将服务质量、满意度、签约比例、成本控制等内容全面纳入考核指标体系，按照一定比例进行绩效计算，对于结果不佳者应采取相关惩处措施。（2）家庭医生及其团队成员的继续教育不容忽视，尤其是提高慢性病治疗的服务水平。积极促进“5 年院校教育 +3 年规范化培训”模式，推动医学院校成立全科医学教学机构和部门，壮大全科医生队伍。（3）增强家庭医生的职业吸引力和职业荣誉感。激励家庭医生通过个人或团队评优评先，对于成绩突出者可进行一定表彰宣传以提升群众认可度，塑造家庭医生正面形象。政府主体匹配的基础设施子工具存在缺位，极易造成家庭医生签约服务在发展过程中出现相关财政负担等问题。2023 年我国基本公共卫生服务经费财政补助标准上升 5 元，为 89 元 / 人，并着重强调了财政责任与监管的相关问题，一定程度上增强了居民的获得感和满足感。财政部门需在加大财政投入的前提下，对各项补偿资金进行分级统筹核定，并根据现实情况不断调整服务项目及对应价格，使其与服务水平匹配。

4.2 聚焦关键利益相关者，明确各自定位

抓住关键利益相关者，提升与政策力度的匹配性从而强化政策发力，对家庭医生签约服务的发展十分重要。同时，家庭医生签约服务政策需要厘清各个利益相关者的权责与分工，紧密合作发挥联合力量，推动政策完善与发展。

4.2.1 着重关注未签约者需求，提升与力度的匹配性。当前我国家庭医生签约服务政策工具多聚焦于家庭医生、基层医疗卫生机构和签约者，对于医院（二级及以上）、政府及未签约者的关注较为不足。从医院角度来看，二级及以上医院作为全科医生及相关服务的直接提供者，培养优质全科医生对接家庭医生的转诊服务，为家庭医生签约服务提供一系列的技术支持和能力指导，较低的关注度会直接导致医院输送全科医生人才的意愿降低。未来要持续扩大队伍来源途径。各地基层医疗卫生机构可通过签订必要协议引导、鼓励全科医生，使符合条件的公立医院全科医生主动在基层作为家庭医生提供服务。为完善家庭医生团队服务意识，试点城市可在扩大签约范围的基础上，广泛吸纳健康管理师、康复治疗师等专业技术人员加入家庭医生签约团队，全方位提升医疗水平。从政府角度来看，政府作为政策出台的主体，对政策制定起关键性作用，政策的不匹配与力度不足会导致执行速度缓慢，甚至发展也将受到阻碍，但政策执行力的强弱和大小只能通过执行过程中的行为和结果才能体现[17]，在提高政策力度的同时必须优化和落实执行过程，及时纠正偏差。从未签约者角度来说，知晓度低是导致家庭医生签约率不高的重要因素，针对尚未签约的居民，需要根据不同人群的特点，指导其自主签约，并在服务中实现政策信息由已签约向未签约迅速流动。社区要加大宣传力度，结合每年的“世界家庭医生日”开展宣传活动，通过具体事例、就医体验、人文关怀等方面潜移默化地影响未签约者，营造人人签约家庭医生的良好氛围[18]。同时，依托个性化签约服务，对服务内容、时间、方式进行调整和优化，设计多种签约套餐，持续为签约者提供弹性化服务方案，可由签约者自行选择签约时间，例如 6 年签约更多面向 0~6 岁儿童全周期签约。这种签约方式对于集中管理患者、建立与巩固契约关系、推动签约服务高质量发展具有一定的作用。

4.2.2 统筹兼顾所有利益相关者。随着近几年家庭医生签约服务工作的开展和深化，相关问题也逐渐显现，该工作虽由政府主导，居民支持，但在服务方面仍需卫生行政部门及家庭医生实现协作，亟须各个主体在服务过程中承担各自责任，明确彼此之间的责任关系，减少提供服务过程中的推诿现象。行政部门要做好顶层设计，与人社、财政等相关部门共同出台政策方案，协同治理；基层医疗卫生机构需要为家庭医生签约服务提供必备条件，引导居民就医；家庭医生团队需要持续夯实人才队伍，增强社区居民主动签约积极性。同时，越来越多的利益相关者也在不断加入，良好的激励作用将持续加强跨领域合作[19]。

4.3 提高政策执行力度，强化监管能力

我国现行的家庭医生签约服务政策多为意见、通知和工作方案，缺少标准、法律法规和章程等规范性较强的文件，总体政策力度不足。家庭医生签约服务的执行涉及多个主体，总体政策力度的不足会导致签约服务机制在运行过程中的疲软。同时，政策监管力度仍较为单薄，缺少健全的监督评价机制给予保障。中共中央办公厅应尽快建立相关权威性政策，发挥各部委的协作能力，持续强化家庭医生签约服务政策的执行力度，用权威性政策指导各主体有效发挥作用，在保证政策颁布落地后，再进一步落实对政策的监管和保障措施。一方面可利用随机抽查方式对落后地区进行持续督促和指导；另一方面可以使用公开透明的外部监管机制，利用社会力量接受大众监督。为弥补自身评估的缺陷，我国当前致力于开发第三方评估方式，采用入户调查等方式获取信息，同时也将该数据作为绩效考核和居民选择签约的主要参考指标，从而为下一步签约服务工作的开展明确方向。

作者贡献：孙嘉颖、马东平负责文章的构思与设计；孙嘉颖、罗金萍、张倩雯负责研究的可行性分析；孙嘉颖、罗金萍进行了数据与资料的收集；孙嘉颖、罗金萍、张倩雯、王康、尹文强、陈钟鸣、马东平参与了论文的修订和质量控制；马东平负责文章的质量控制及审校，并对文章整体负责，监督管理。

本文无利益冲突。

孙嘉颖：https://orcid.org/0009-0009-3752-8371

参考文献

[1] 易付良，白云晖，陈艾玲，等. 家庭医生服务供给侧签约现况及续约影响因素研究［J］. 中国全科医学，2021，24（10）：1224-1230. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.016.

[2] 孙彩霞，刘庭芳，蒋锋，等. 我国家庭医生相关政策发展历程与推行研究［J］. 中国全科医学，2021，24（7）：765-774. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.143.

[3] 杨水光，马可. 家庭医生签约服务政策执行的阻滞因素与优化路径［J］. 卫生经济研究，2022，39（3）：56-59. DOI：10.14055/j.cnki.33-1056/f.2022.03.014.

[4] 张丽艳，冯思思. 医养结合视角下家庭医生签约服务政策分析［J］. 山东行政学院学报，2021，32（2）：98-107.

[5] 徐萍萍，赵静，李春晓，等. 我国中央层面家庭医生签约服务政策量化评价：基于 PMC 指数模型［J］. 中国全科医学，2023，26（4）：440-446. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2022.0522.

[6] 张招椿，胡海源，陈川，等. 政策工具视角下我国家庭医生政策量化分析［J］. 中国全科医学，2019，22（10）：1139-1146. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2018.00.465.

[7] 吴庆，索斯琴，曾志嵘. 广东省家庭医生签约服务政策分析［J］. 医学与哲学，2021，42（16）：37-42. DOI：10.12014/j.issn.1002-0772.2021.16.09.

[8] 严云鹰，陈菲. 政策工具视角下我国公立医院改革政策分析［J］. 中国医院管理，2020，40（8）：9-13.

[9] 石敏，徐梦丹，许星莹，等. 我国医联体政策量化研究：基于政策目标、工具和力度的内容分析［J］. 中国卫生事业管理，2021，38（5）：352-356，374.

[10] ROTHWELL R，ZEGVELD W. An assessment of government innovation policies[J]. Policy Research Review，1984（3/4）：436-444.

[11] 刘国佳，韩玮，陈安. 基于三维分析框架的突发公共卫生事件应对政策量化研究：以新冠肺炎疫情为例［J］. 现代情报，2021，41（7）：13-26，48. DOI：10.3969/j.issn.1008-0821.2021.07.002.

[12] 郁梦婷，吴冬梅，陆慧. 利益相关者理论视角下家庭医生签约服务研究［J］. 卫生软科学，2021，35（4）：41-44. DOI：10.3969/j.issn.1003-2800.2021.04.010.

[13] 彭纪生，孙文祥，仲为国. 中国技术创新政策演变与绩效实证研究（1978—2006）［J］. 科研管理，2008，29（4）：134-150. DOI：10.19571/j.cnki.1000-2995.2008.04.020.

[14] 王薇，余玲艳. 中国应急产业政策目标、工具、力度的三维分析：基于 2002 年以来政策文本的量化研究［J］. 中国安全生产科学技术，2019，15（11）：50-56. DOI：10.11731/j.issn.1673-193x.2019.11.008.

[15] 周立芳，吕海源，邵佳娴，等. 新医改以来我国乡村医生相关政策量化研究：基于政策工具、靶点和力度［J］. 中国卫生政策研究，2022，15（2）：18-24. DOI：10.3969/j.issn.1674-2982.2022.02.003.

[16] 殷东，张家睿，王真，等. 中国家庭医生签约服务开展现状及研究进展［J］. 中国全科医学，2018，21（7）：753-760. DOI：10.3969/j.issn.1007-9572.2018.07.001.

[17] 黄敏姿. 关于公共政策执行偏差问题的研究：以经济适用房政策为例［D］. 广州：暨南大学，2011.

[18] 张萧红，徐凌忠，秦文哲，等. 泰安市未签约居民家庭医生制度知晓情况的城乡差异分析［J］. 医学与社会，2022，35（10）：35-39，51. DOI：10.13723/j.yxysh.2022.10.007.

[19] 宋佳，范成鑫，王婉晨，等. 利益相关者视角下我国药品集中带量采购政策研究：基于政策工具的文本分析［J］. 中国卫生政策研究，2022，15（2）：11-17. DOI：10.3969/j.issn.1674-2982.2022.02.002.

（收稿日期：2023-11-21；修回日期：2024-05-04）

（本文编辑：王凤微）